

様式第1号（第7条関係）

伊達市特定不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

（宛名）伊達市長

申請者 住所  
氏名

印

伊達市特定不妊治療費助成金の交付について、関係書類を添えて次のとおり申請します。

	夫	妻
（フリガナ）		
氏名		
生年月日	年 月 日（ 歳）	年 月 日（ 歳）
住所	〒 電話番号	〒 電話番号 ※夫と同じ場合は省略できます。

過去に伊達市又は他の市区町村で特定不妊治療費に対する助成金を受けたことがある又は受ける見込みがありますか。

ない  ある ⇒ 過去（ 回）受けたことがある・受ける見込みがある  
助成を受けた市区町村名（ ）

申請額	助成対象経費（A）	北海道特定不妊治療費助成額（B）	自己負担額（C） （（A）－（B））	申請額
	男性不妊治療分を除く 円	円	円	5万円まで 円
	男性不妊治療分 円	円	円	5万円まで 円
	合計 円	円	円	円

※「申請額」欄の（A）及び（B）には、北海道特定不妊治療費助成事業の決定指令文や通知文に記載されている「助成対象経費」及び「助成金の額」をそれぞれ記入してください。

同意書

私は、伊達市が伊達市特定不妊治療費助成金交付申請に係る事務を行うにあたり、住民基本台帳、市税又は国民健康保険税の納付状況等の個人情報（同一世帯者を含む。）を閲覧することに同意します。

また必要に応じ、他の市区町村や北海道に対し、この申請に係る情報の照会又は提供を行うことに同意します。

年 月 日

申請者 住所  
氏名

印